



## **NOMINA DI ADDETTO SEGRETERIA ECM**

Il Dott. Francesco Mancuso in qualità di Responsabile alla Segreteria ECM della Società FEST ITALIA – SERVIZI INTEGRATI sas, Provider 3351, su delega del Legale Responsabile Sig. ALESSANDRO MONTANO,

### **NOMINA**

il/la collaboratore/trice signor/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ documento d'identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
da \_\_\_\_\_

### **ADDETTO/A alla SEGRETERIA**

per l'evento \_\_\_\_\_

ID 3351/\_\_\_\_\_ Ed. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

che ACCETTA LA NOMINA e

### **DICHIARA**

- di essere consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d. l. 269/2003 convertito in legge 25 novembre 2003, n.326;
- di essere responsabile della corretta compilazione della documentazione relativa all'evento sopra citato;
- di assumersi la responsabilità di conservare e fornire in caso di ispezione da parte del Comitato di Garanzia la documentazione richiesta relativa all'evento sopra citato;
- di impegnarsi a garantire la presenza dei docenti indicati in fase di accreditamento e a provvedere ad avvisare il Provider entro 24 ore prima dell'inizio del corso di eventuali cambiamenti a riguardo inviando una mail a [segreteriacorsi@fisiecm.eu](mailto:segreteriacorsi@fisiecm.eu) indicando il nominativo sostitutivo con codice fiscale e professione.

### **Luogo e data**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

L'ADDETTO DI SEGRETERIA

\_\_\_\_\_

FEST ITALIA SERVIZI INTEGRATI sas  
Provider 3351- Ufficio ECM  
Dott. Francesco Mancuso

